

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur J. DE AJURIAGUERRA
Professeur G. GARRONE

Le psychiatre, le somaticien et leurs relations à l'hôpital général

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Alain GUNN-SECHEHAYE

de

Genève

Thèse N° 3280

GENÈVE
IMPRIMERIE KUNDIG
1974

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur J. DE AJURIAGUERRA
Professeur G. GARRONE

Le psychiatre,
le somaticien et leurs relations
à l'hôpital général

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Alain GUNN-SECHEHAYE

de

Genève

Thèse N° 3280

GENÈVE
IMPRIMERIE KUNDIG
1974

*La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur
G. Garrone, autorise l'impression de la présente thèse,
sans prétendre par là émettre d'opinion sur les
propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 21 avril 1972.

Le Doyen : W. GEISENDORF.

Thèse n° 3280.



A la mémoire de mes grands-parents maternels
et de mon père;

A ma mère;

Au moment de franchir cette étape décisive de
ma carrière médicale, je pense avec émotion et
reconnaissance à ceux qui m'ont permis de réaliser
mon rêve, et je les associe dans la fidélité du souvenir.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Laurence;

A Frederick, Alexis et François.

Cette thèse me permet d'exprimer ma profonde gratitude à ceux qui ont marqué ma formation de psychiatre :

Au professeur J. de AJURIAGUERRA, pour qui mon admiration et mon respect auraient exigé un travail plus riche que celui-ci.

Au professeur G. GARRONE, à qui ma carrière doit énormément, pour l'appui et l'amitié qu'il n'a cessé de me témoigner.

Au professeur Ch. DURAND, qui a suscité mon intérêt pour la psychologie médicale et dont je m'honore d'être l'élève.

Au professeur R. TISSOT, mon ancien chef de clinique, qui m'a appris le respect du malade.

Je tiens à rendre également hommage à mes anciens Patrons, qui m'ont beaucoup apporté durant les années où j'ai eu le privilège d'être leur assistant :

A feu le professeur F. CHATILLON

Policlinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique

Au professeur E. MARTIN

Policlinique universitaire de médecine

Au professeur M. JEQUIER

Clinique universitaire de neurologie, Lausanne.

INTRODUCTION

L'implantation de services de consultation psychiatrique dans les hôpitaux généraux est non seulement un fait récent — il s'est développé ces vingt dernières années — mais un fait significatif de l'évolution de la médecine. Cette implantation a placé psychiatres et somaticiens devant de multiples problèmes, à commencer par celui de leurs propres relations; nous pensons sincèrement qu'elle a déjà permis d'introduire des notions fondamentales de psychologie médicale à l'intérieur de l'hôpital général, parachevant la formation des médecins et des infirmières et améliorant ainsi les soins aux malades.

Une littérature consacrée à ce sujet, déjà abondante, provenant surtout des Etats-Unis, existe depuis la seconde guerre mondiale. Notre intention est de faire état ici de constatations recueillies en sept ans d'expérience à l'Hôpital Cantonal de Genève. Ce travail cherche à donner une vue globale de l'activité d'un service de consultation psychiatrique à l'hôpital général.

NOTRE EXPÉRIENCE

La pénétration de la psychiatrie à l'hôpital général évolue par phases; nous les avons connues à l'instar de bien de nos confrères. Leur durée, l'intensité des résistances qui les caractérisent, sont variables d'un service médical à l'autre, cela souvent en fonction de l'attitude du médecin-chef à l'égard de la psychiatrie. Tant que le consultant de psychiatrie se tient à distance et se contente d'apparaître sur commande pour examiner un psychotique ou un Korsakoff, il ne pose pas de problèmes à l'équipe soignante; il est admis par elle au même titre qu'un autre spécialiste, à condition qu'il s'en tienne à poser un diagnostic, à proposer un traitement sédatif ou mieux le transfert d'un malade gênant en milieu psychiatrique. C'est la première phase, pendant laquelle le psychiatre consultant, selon la formule du Professeur P. B. Schneider, «représente le monde de la folie, de l'internement, de ce qu'on ne comprend pas et qu'on n'a pas besoin de comprendre». La deuxième phase s'observe lorsque le consultant se risque à sortir de son repaire plus longtemps que prévu, et à se mêler de ce qui ne le regarde pas; en d'autres termes, dès l'instant où il entreprend de s'intégrer à l'équipe soignante, en apparaissant en salle, aux colloques et visites; dès l'instant aussi où, ayant examiné des patients névrosés, psycho-somatiques ou suicidants, il en parle au somaticien en termes spécialisés, parfois maladroits, le contraignant à une identification plus ou moins tolérable; c'est une phase de quarantaine, de mise à l'épreuve, au cours de laquelle le psychiatre consultant est souvent ignoré, ou moqué, ou encore agressé de différentes manières: lazzi douteux sur ses malades ou sur lui-même; «colles» de médecine interne; demandes de consultations pour des patients rigidifiés dans leur pathologie, sinistrosés paranoïaques, alcooliques nivelés par exemple; malades adressés sans la moindre préparation, ou à qui l'on cache l'identité du consultant en l'appelant «neurologue», «psychologue», «un médecin

qui s'intéresse à vos problèmes ». Ayant réussi son examen de passage, grâce à ses qualités d'encaisseur et déjà à quelques succès personnels (l'un des plus concluants consiste à renvoyer l'hypothèse d'une affection organique au somaticien, hypothèse se révélant exacte par la suite), le consultant accède à la troisième phase, celle de l'intégration; certains signes l'annoncent, puis la confirment: patients parfaitement préparés et motivés pour la consultation psychiatrique; somaticiens se mettant spontanément en question à propos de leurs malades; propositions au psychiatre de participer à un colloque, à une action commune; confrères et infirmières sollicitant une consultation, voire une prise en charge pour eux-mêmes ou l'un de leurs proches. En bref, comme le remarquent Beigler et collaborateurs, la psychiatrie de consultation est un processus constitué d'une série de phases, en ce sens que le degré d'acceptation à l'égard du consultant, le type de problèmes qu'on lui demande de traiter, l'efficacité et la valeur de sa contribution, passent par une série d'étapes avant d'atteindre un état optimum.

Cette intégration du psychiatre à l'équipe soignante de l'hôpital général, nous la voyons dépendre étroitement de certaines **caractéristiques du psychiatre** lui-même; d'une attitude générale à l'égard du somaticien tout d'abord: nous avons la conviction que c'est au psychiatre d'aller à la rencontre du somaticien, de franchir le fameux fossé, souvent évoqué, qui les sépare; leur rencontre se produira après que le psychiatre se sera fait voir, se sera fait entendre, se sera fait comprendre, permettant ainsi peu à peu au somaticien de s'identifier à lui; c'est sur le terrain du somaticien et non dans l'ermitage du psychiatre que la rencontre portera ses fruits. Nous croyons aussi à certaines qualités spécifiques du psychiatre consultant, que d'aucuns appelleront défauts, qualités que nous réunirons en une sorte de portrait-robot:

1. des qualités personnelles lui permettant une insertion plus facile dans l'équipe soignante: un « bon contact », une capacité de tolérer l'agressivité d'autrui, de la souplesse, une réelle connaissance des conditions de travail du somaticien, et de ce fait un respect pour l'activité de ce dernier;

2. l'absence de réactions de prestance: attitudes supérieures et pontifiantes, zèle missionnaire, propagande déplacée et vaine;
3. l'absence de singularités marquantes dans le comportement, l'aspect extérieur, le langage; d'ailleurs lorsque le somaticien une fois rassuré cherche à verbaliser l'identification devenue possible au consultant, il l'exprime par une formule vexatoire pour certains, élogieuse pour nous-mêmes: « toi tu n'as rien d'un psychiatre »;
4. une bonne formation psychiatrique entreprise à l'hôpital psychiatrique, poursuivie dans un service extra-hospitalier, formation ayant rompu l'assistant à la pratique des situations d'urgence, l'ayant préparé à travailler vite, de façon individuelle, et à prendre des responsabilités;
5. des connaissances valables en médecine générale et notamment en neurologie; ces connaissances, alliées à un intérêt visible pour la spécialité du somaticien, permettent bien sûr d'éviter des erreurs de diagnostic; elles rassurent également le somaticien sur les capacités du consultant psychiatrique et affirment encore leurs relations;
6. avec Lipowski, nous pensons que le psychiatre consultant réussit son intégration dans la mesure où il fait la preuve de son utilité; or, pour être utile, il doit aboutir à des réalisations pratiques: le somaticien attend surtout de lui des conseils thérapeutiques précis, des propositions claires pour la sortie et la prise en charge ultérieure du malade, un partage de la responsabilité dans les situations graves, plutôt que des développements sur la psychodynamique du cas;
 - pour être utile, il doit être facilement accessible, disponible, notamment en adaptant autant que possible ses horaires, son mode de travail à ceux de l'hôpital général: dans une situation d'urgence, le somaticien comprend mal la sacrosainte inviolabilité des séances de psychothérapie;
 - enfin pour être utile, il doit communiquer dans un langage compréhensible, qu'il s'exprime dans un rapport écrit, au téléphone, ou idéalement lors d'un tête à tête: le jargon

analytique irrite ou amuse bien des somaticiens; lorsqu'une formulation ne peut être faite qu'en termes spécialisés, il convient de l'expliciter.

Mentionnons maintenant certains **aspects caractéristiques de l'activité** d'une antenne psychiatrique à l'hôpital général. Parmi les aspects positifs, gratifiants de cette activité, il faut souligner que l'universalité de la psycho-pathologie est représentée à l'hôpital général; que cela soit au service d'admission ou dans les services médico-chirurgicaux, tous les syndromes psychiatriques s'offrent au psychiatre consultant, des plus bénins aux plus graves; ce dernier a d'autre part accès à des champs d'activité spécifiques que psychiatres praticiens et d'hôpitaux psychiatriques ne rencontrent jamais ou rarement: nous pensons aux troubles psychiques symptomatiques d'une affection somatique ou consécutifs à un acte médical; à des problèmes passionnants de psychologie médicale, tels que vécu de certaines maladies, de certains handicaps physiques, de certaines interventions chirurgicales; aux problèmes psychologiques propres à l'hémodialyse chronique, aux transplantations d'organes, aux opérations à cœur ouvert, etc. Autre aspect gratifiant, les situations nombreuses dans lesquelles l'efficacité du psychiatre est démontrée de façon rapide, parfois dramatique: parmi nos cas récents, citons celui de cette patiente ignorant la gravité de son hémorragie digestive, refusant l'opération majeure et urgente par un processus de dénégation massive, puis convaincue in extremis au cours de la consultation psychiatrique. C'est aussi de façon significative au service d'admission de l'hôpital général, en situation d'urgence, face à des patients décompensés qui voient en lui « leur premier psychiatre », que le consultant se sent « the right man at the right place ». Nous sommes de ceux qui tiennent à leur identité de médecin et croient à l'essence médicale de leur activité; dans cette perspective, la présence toute proche de la médecine somatique, des médecins et des infirmières, la collaboration avec les équipes soignantes nous apparaît comme un autre aspect positif de cette activité de consultation; le traitement d'un cas psychiatrique grave pendant son séjour à l'hôpital général, au coude à coude avec nos confrères, est l'un des moments les plus passionnants de notre

travail: nous voyons dans le traitement prolongé d'une anorexique, avec les contacts étroits, quotidiens, entre internistes, infirmières et psychiatre qu'il comporte, un exemple caractéristique de cette collaboration.

Cet exposé serait tendancieux s'il ne faisait pas état de certains aspects négatifs et notamment des frustrations qu'éprouve le psychiatre consultant: il est frustrant de rencontrer des malades qui, dans leur grande majorité, n'ont pas demandé à voir un psychiatre, qui ne nous ont pas choisis; il est frustrant de devoir couper la relation médecin-malade au moment où elle devient thérapeutique, où chacun est prêt à l'investir; enfin il est souvent frustrant de constater l'agressivité plus ou moins déguisée d'un membre de l'équipe soignante à notre égard, de réaliser les actes manqués du somaticien qui « oublie » nos propositions thérapeutiques, décide une sortie précipitée sans nous en avertir.

Comme il sera mentionné plus loin, l'antenne psychiatrique à l'hôpital général est consacrée avant tout à la consultation; trois types d'approche peuvent être distingués:

- d'abord, la consultation centrée sur le malade, mode d'approche traditionnel et le plus fréquent; elle revient à poser un diagnostic, à envisager un traitement et vise ainsi à aider le médecin somaticien dans sa recherche des soins optimaux;
- ensuite, la consultation centrée sur le médecin demandeur, qui s'attache aux problèmes spécifiques de sa relation avec un malade donné, en fonction de la personnalité du premier et de la pathologie du second; plus délicat, ce type de consultation ne doit pas déboucher sur une psychothérapie du médecin demandeur comme nous le verrons plus loin; mais pratiquée avec tact elle peut lui permettre d'acquérir un certain degré d'insight; il en est de même pour l'infirmière;
- enfin, plus rare, la consultation centrée sur l'équipe soignante, qui envisage les effets des troubles du malade sur l'équipe et les effets de celle-ci sur le malade. Ce type d'approche tend à résoudre un conflit à l'intérieur du groupe. Nous pensons par exemple aux réactions de rejet d'une équipe face à un jeune toxicomane et à l'atténuation de ces contre-attitudes grâce à l'intervention du psychiatre. Mais quel que soit le

mode d'approche, le but final de la consultation est d'améliorer les soins au patient.

Qu'elle soit unique ou complétée par des examens de contrôle, la consultation comporte trois séquences: la demande de consultation par le somaticien; la consultation pratiquée par le psychiatre; la réponse du psychiatre au somaticien. Présentée par écrit, le plus souvent par téléphone, et idéalement lors d'un tête-à-tête, la demande du somaticien révèle souvent de façon éclatante ses problèmes face à son malade et ses motivations à l'endroit de la consultation psychiatrique; nous avons distingué huit types de demandes, de la plus décevante à la plus gratifiante:

1. la demande-rejet: appliquée au « mauvais malade » qui n'a rien d'organique ou qui est mal supporté, elle est présentée dans l'espoir que la consultation libère le médecin demandeur de ce cas gênant.
2. la demande de mise à l'épreuve: elle consiste à défier le psychiatre consultant en lui proposant un malade particulièrement inaccessible, à la pathologie cristallisée.
3. la demande déontologique: elle revient à se conformer au désir exprimé par le médecin traitant du malade ou à l'ordre donné par un supérieur hiérarchique, sans y participer activement ni contribuer personnellement à motiver le malade à l'endroit de la consultation.
4. la demande perfectionniste, typique d'un service universitaire: faite dans une recherche académique de complétude et de bien-facture, souvent à la fin du séjour hospitalier, là aussi sans que le médecin demandeur se sente concerné, elle suit l'examen O.R.L., les bilans électrolytiques, afin que rien ne soit oublié en vue de la présentation au supérieur hiérarchique.
5. la demande de réassurance: le somaticien craignant une réaction psychiatrique dangereuse de son malade, un suicide surtout, sollicite l'intervention du consultant afin d'être rassuré et d'être couvert; à l'Hôpital Cantonal de Genève, dont l'architecture est propice à la déféstration, la fréquence de ce type de demande est souvent fonction de la hauteur du service qui héberge le malade.

6. la demande « en désespoir de cause »: devant une situation organique gravissime, il arrive que le somaticien s'adresse au psychiatre dans l'espoir d'une intervention miraculeuse, magique; nous nous souvenons ainsi d'un patient en état de mal asthmatique, déjà obnubilé, examiné peu avant sa mise au respirateur.
7. la demande didactique: le somaticien a déjà une idée plus ou moins précise sur les problèmes psychologiques de son patient et sur la conduite thérapeutique à tenir mais il tient à voir son impression confirmée ou complétée par la consultation psychiatrique.
8. la demande « idéale »: le somaticien croit à la psychiatrie et à l'indication de la consultation; il y a motivé et préparé son malade. C'est évidemment le type de demande que nous souhaiterions recevoir chaque fois qu'elle est possible.

Sans en faire une règle, nous pensons souhaitable que la consultation ait lieu dans le bureau du psychiatre, dans une ambiance calme, protégée des appels téléphoniques et des intrusions; par contre il peut être bénéfique d'effectuer les examens de contrôle dans le service même du malade, cela permettant des échanges spontanés avec l'équipe soignante.

Quant aux modalités de la réponse du psychiatre, nous tenons à ce qu'elle suive immédiatement l'examen du malade; pour des raisons pratiques, la conversation téléphonique doit remplacer le plus souvent le contact direct. Un rapport écrit, tenant plus du résumé que de l'anamnèse exhaustive, compréhensible, contenant des propositions concrètes, confirme ensuite la réponse orale.

Un objectif de la consultation nous paraît essentiel vu ses conséquences pratiques, c'est d'identifier le type de personnalité du patient. Bibring l'a explicité ainsi: « Si la structure principale et l'étiologie probable du symptôme offert, dans ce cas le trait dominant de la personnalité, ont été comprises, l'intervention thérapeutique en découle simplement et logiquement ». Nous avons maintes fois vérifié en effet qu'une fois la structure du patient reconnue, parfois dans les premières minutes de l'entretien, le cours de celui-ci, notre attitude à l'égard du malade, nos propositions thérapeutiques s'enchaînaient quasi-automatiquement.

Kahana et Bibring distinguent sept types de personnalité, chacun d'eux, ainsi que leur équivalent psycho-pathologique, réagissant aux stress de la maladie, de l'hospitalisation et à l'anxiété consécutive par un renforcement de ses défenses caractérielles de base. Lipowski, citant les deux auteurs précédents, décrit ainsi ces sept catégories fondamentales :

1. la personnalité dépendante, jamais satisfaite (orale);
2. la personnalité méthodique et contrôlée (obsessionnelle);
3. celle qui dramatise, qui est émotionnellement engagée et capitule (hystérique);
4. celle qui supporte tout et se sacrifie (masochiste);
5. celle qui est sur ses gardes et querulante (paranoïaque);
6. celle qui s'estime supérieure (narcissique); et
7. la personnalité non-engagée et étrangère à tout (schizoïde).

Chacun de ces types de personnalité vivant la maladie de façon spécifique, il est utile que le psychiatre le fasse comprendre à l'équipe soignante, pour désamorcer un conflit naissant ou résoudre celui qui a éclaté.

On peut remarquer à propos de l'impact du psychiatre consultant sur l'équipe soignante que son insertion serait facilitée et son efficacité améliorée s'il était attaché à un même service de façon durable. C'est d'ailleurs l'un des dispositifs de consultation psychiatrique, bien des services médicaux souhaitant s'adjoindre un ou des psychiatres à plein temps; un autre dispositif utilisé à Genève consiste en une équipe indépendante de consultants polyvalents ayant ainsi accès à tous les services de l'Hôpital Cantonal; ce mode de faire garantit aux assistants une activité plus variée, une formation plus complète; il tient compte aussi de l'importance croissante des demandes de consultation d'urgence au service d'admission. Mais, que l'antenne psychiatrique soit indépendante comme à Genève, ou constituée de psychiatres attachés aux différents services, elle ne saurait être coupée des autres institutions psychiatriques du secteur; au contraire, elle doit maintenir des contacts étroits avec les services hospitaliers

et extra-hospitaliers et faire partie intégrante de l'organisation psychiatrique du secteur.

Il convient de souligner les **dangers** inhérents à une activité comme la nôtre: c'est d'abord celui qui guette tout médecin dans sa discipline, et donc tout psychiatre dans sa sphère d'activité, l'erreur professionnelle; à l'hôpital général, scotomiser un syndrome psychiatrique grave, minimiser un risque suicidaire, surdoser une médication neuroplégique, font courir non seulement des risques au malade, mais mettent en question le service de consultation psychiatrique aux yeux du somaticien.

Second danger plus spécifique de l'activité du consultant, celui de la psychiatrisation erronée; il consiste à orienter à tort le somaticien vers un diagnostic psychiatrique alors que les troubles du patient sont d'origine somatique; même si les conséquences de ces deux orientations erronées ne sont pas comparables, nous croyons aussi dangereux de psychiatriser à tort un malade somatique que de somatiser à tort un patient psychiatrique: nous n'oublierons jamais ce quinquagénaire dont la symptomatologie psychique était si caractéristique d'une dépression endogène qu'elle nous a presque engagés à déconseiller l'artériographie du tronc coeliaque prévue et d'ailleurs décidée pour conclure un bilan négatif jusque-là; il s'agissait en fait d'un carcinome du pancréas, affection connue pour sa tendance à se dissimuler sous un tableau dépressif.

Autre danger typique, le fait de valoriser une pathologie et de minimiser l'autre par erreur, cela dans les cas où une affection organique et une affection psychiatrique, toutes deux sévères, coexistent chez le même malade; il n'est pas rare en effet que le consultant de psychiatrie soit confronté avec un malade somatique grave dont les troubles mentaux font craindre une évolution dangereuse pour lui-même, un suicide par exemple; un grand poly-traumatisé développant un délirium tremens, un insuffisant cardio-respiratoire sévère présentant un état confusionnel avec une angoisse intense, sont des exemples de telles situations; devant des cas semblables, nous avons l'habitude de choisir la complication, psychiatrique ou somatique, à laquelle nous décidons de nous exposer et proposons cette prise de position au somaticien: en fonction de celle-ci, le malade sera donc soit maintenu à l'hôpital

général au risque, admis, qu'il se défénestre, soit transféré à l'hôpital psychiatrique au risque qu'il se péjore sur le plan somatique.

La portée du diagnostic psychiatrique, de l'« étiquette », posée lors de la consultation n'est pas un danger négligeable; souvent le diagnostic de névrose, de psychose ou de psychopathie, inscrit en lettres de feu à la fin du rapport psychiatrique, est reproduit sur le résumé de sortie signé par le médecin d'hôpital; ce diagnostic a des chances de rester attaché au malade pendant des années, au même titre que ses bronchiectasies ou que son diabète; c'est dire que le consultant de psychiatrie se doit d'être non seulement modeste mais prudent dans ses conclusions diagnostiques; rappelons le cas de ce patient dont les traits de caractère avaient été taxés de paranoïaques par l'un de nos collaborateurs lors d'un séjour en Médecine; quelques semaines après, alors qu'il se présente au service d'admission pour des céphalées intenses d'installation récente, son aspect quelque peu spectaculaire mais aussi son étiquette de paranoïaque motivent une consultation psychiatrique d'urgence dans l'idée d'un transfert à l'hôpital psychiatrique: il s'agissait d'un hématome sous-dural!

Le psychiatre consultant a d'autres écueils moins menaçants à éviter; ils concernent sa relation avec le somaticien: cette relation risque fort d'être compromise si le psychiatre, emporté par son ardeur, soumet le somaticien à une psychothérapie plus ou moins déguisée, quand il ne s'agit pas d'une mise en question sauvage; inutile de dire que le médecin demandeur qui ressent quelque réticence à voir psychiatriser son malade névrotique, cet autre lui-même, supportera encore plus mal d'être psychiatrisé à sa place. La relation entre médecin demandeur et psychiatre est également menacée lorsque le second, oubliant son statut de consultant, se substitue au premier: souvent le consultant de psychiatrie, investi dans ce nouveau rôle par les infirmières, est tenté de se prendre pour le médecin traitant; il se met à modifier les traitements, à organiser la sortie du malade sans en référer à son confrère: en dehors de cas d'espèce, le consultant doit éviter à tout prix d'usurper la place du somaticien, cela dans l'intérêt de leur collaboration et vu le risque classique de « dilution des responsabilités ». Enfin, il doit se garder des fausses promesses; surtout lorsqu'il est jeune et au début de sa spécialisation en psychiatrie, le consultant

voit des indications de psychothérapie partout, et annonce des prises en charge pour tout un chacun: nous avons bien avantage à montrer les limites de la psychiatrie actuelle au somaticien avant qu'il ne les découvre lui-même.

Un service de consultation psychiatrique à l'hôpital général assume cinq types d'activités:

1. **L'intervention d'urgence** qui concerne les urgences psychiatriques classiques, états d'agitation divers, tableaux suggérant une affection mentale sévère, tentatives de suicide, etc. A l'Hôpital Cantonal de Genève, cette intervention d'urgence a lieu surtout au service d'admission unique, le Centre Médico-Chirurgical des Entrées (C.M.C.E.), mais aussi dans les différents services hospitaliers. C'est au C.M.C.E., dans l'atmosphère électrique d'un service d'admission, dans le côtoyement de médecins de toutes spécialités et des infirmières, que le contact entre somaticien et psychiatre est le plus étroit, le plus intense; c'est au C.M.C.E. que le psychiatre consultant assume les responsabilités les plus lourdes, seul, pressé par le temps, dans des situations souvent « stressantes »: décision difficile à prendre d'un transfert à l'hôpital psychiatrique, surtout s'il doit être imposé de force au patient; problème ardu du malade aux symptomatologies psychiatrique et somatique intriquées, risquant de ce fait d'être psychiatrisé ou somatisé à tort et d'être orienté dans une fausse direction.

2. **La consultation** qui représente, comme nous l'avons vu, l'activité type de l'antenne psychiatrique à l'hôpital général.

3. **Le traitement** de patients hospitalisés pour une durée plus ou moins longue et posant des problèmes psychologiques, cela en collaboration avec le somaticien: c'est donc là aussi une activité propre au psychiatre consultant à l'hôpital général, aucun de ses semblables n'ayant l'occasion de traiter de tels malades en « team work » pendant des séjours parfois prolongés; nous avons déjà cité le cas des anorexiques; les patients traités dans une unité d'hémodialyse, rééduqués dans un centre de paraplégiques bénéficient souvent de cette collaboration: l'expérience nous montre qu'une fois motivé, mis en confiance, le somaticien nous laisse carte blanche pour traiter ses malades par nos méthodes spécialisées,

méthodes psychothérapiques comme la relaxation ou l'hypnose, méthodes biologiques comme les perfusions de thymoleptiques ou l'électro-choc.

4. **La consultation externe:** elle est réservée à un petit nombre de malades que le consultant de psychiatrie traite ambulatoirement; cette consultation externe se justifie:

- du fait du caractère frustrant du travail du consultant qui ne fait qu'ébaucher, mais ne termine aucun traitement;
- afin que chaque médecin puisse poursuivre sa formation psychothérapique;
- enfin en raison de la forte demande en consultations et traitements de la part du personnel de l'hôpital.

Nous comprenons également dans cette consultation externe un certain nombre de patients chez qui il est indiqué de prolonger l'intervention psychothérapique pratiquée en cours de séjour par une prise en charge brève, cela dans le but de consolider les résultats obtenus ou dans celui de mieux préparer le malade à une prise en charge ambulatoire.

5. **L'apport didactique:** il concerne médecins somaticiens et infirmières que le psychiatre consultant atteint soit par le contact direct, à propos d'un cas vu en consultation ou traité en commun, soit lors de séminaires. L'intérêt croissant des uns et des autres pour les malades que nous soignons ensemble, leur réelle demande de « substance psychologique » confirme encore l'intégration du service de consultation psychiatrique.

Infirmières, médecins et étudiants ne sont pas les seuls bénéficiaires, didactiquement parlant, de la présence du psychiatre à l'hôpital général: ce dernier y améliore et y complète sa formation. Nous pensons qu'un stage dans un service de consultation psychiatrique devrait faire partie de cette formation, le futur psychiatre praticien y ayant accès à un champ d'activité incomparablement riche, et faisant ainsi l'expérience précieuse de communiquer et de collaborer avec les professions médicales non psychiatriques.

RÉSUMÉ

S'inspirant de ses sept ans d'expérience comme consultant psychiatrique à l'Hôpital Cantonal de Genève, l'auteur analyse les relations entre psychiatre et somaticien à l'hôpital général. Il insiste notamment sur les caractéristiques souhaitables d'un consultant de psychiatrie, sur les aspects essentiels de son activité à l'hôpital général, ainsi que sur les dangers inhérents à une telle activité.

BIBLIOGRAPHIE

- BEIGLER, J.-S. *et al*, Report on liaison psychiatry at Michael Reese Hospital, 1950-1958 *AMA Arch Neurol*, 81:733, 1959
- BELLAK L., Psychiatry in the medical-surgical emergency clinic. *Arch. Gen. Psych.*, 10:267-269, 1964.
- BIBRING G. L., Preventive psychiatry in a general hospital. *Bull. World Fed. Mental Health*, 3:224, 1951.
- BIBRING G. L., Psychiatry and medical practice in a general hospital. *New Engl. J. Med.*, 254:366, 1956.
- BOUDIN G., Les besoins neuropsychiatriques d'un grand hôpital général. *La Presse Médicale*, 827-76:17, 1968.
- COLEMAN J., Research in walk-in psychiatric services in general hospitals. *Amer. J. Psych.*, 124, 1968.
- EATON J. W. *et al.*, Resistance to psychiatry in a general hospital. *Ment. Hosp.*, 16:156, 1965.
- FOX H. M., Psychiatric consultation in general medical clinics, an experiment in postgraduate education. *JAMA*, 185:999, 1963.
- FOX H. M., Psychiatric residency on a medical service. *AMA Arch. Gen. Psychiat.*, 11:19, 1964.
- GUNN-SECHEHAYE A. et GARRONE G., Le malade psychomatique face à l'hôpital, au psychiatre et au praticien. *Revue Thér.*, 28:6, 1971.
- GUNN-SECHEHAYE A., A propos de l'activité d'un service de consultation psychiatrique à l'hôpital général. *Méd. et Hyg.*, 25:903-905, 1967.
- HERON M. J., Functions and problems of psychiatric unity in general hospitals. *Brit. Med. J.*, 2:1529, 1962.
- HOCKADAY W. J., Experiences of a psychiatrist as a member of a surgical faculty. *Amer. J. Psychiat.*, 117:706, 1961.
- KAHANA R. J. and BIBRING G. L., Personality types in medical management—in psychiatry and medical practice in a general hospital. *Zinberg E. N. Ed Intern. Univ. Press*, New York, 1964.

- KAUFMANN R. M., The role of the psychiatrist in a general hospital. *Psych. Quart.*, 27:367, 1953.
- KAUFMANN R. M., The psychiatric unit in a general hospital. *Internat. Univ. Press*, New York, 1965.
- KENYON F. E. and RUTTER M. L., The psychiatrist and the general hospital. *Comp. Psych.*, 4:80, 1963.
- KORNFELD D. S. and FELDMANN M., The psychiatric service in the general hospital. *New York J. Med.*, 65:1332, 1965.
- KOUMANS A. J. R., Psychiatric consultation in an intensive care unit. *JAMA*, 194:163, 1965.
- LINN L., Frontiers in general hospital psychiatry. *Internat. Univ. Press*, New York, 1961.
- LIPOWSKI Z. J., Consultation de psychiatrie et médecine psychosomatique à l'hôpital général. *Rev. Méd. Psycho-somat et psych. méd.*, 1:11, 1969.
- LITIN E. M., Preoperative psychiatric consultation. *JAMA*, 170:1369, 1959.
- LOWINGER P., DAY R. *et al.*, How effective is the psychiatric unit in the general hospital? *Dis. Nerv. Syst.*, — GWANN, 29:41-44, 1968.
- MACH R. S., RYCHNER R., DU BOIS R. et GUNN-SECHEHAYE A., Peut-on améliorer le contact médecin-malade dans une clinique universitaire? *Praxis*, 60:33, 1093-1098, 1971.
- MEYER E. and MENDELSON M., The psychiatric consultation in post-graduate medical teaching. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 130:78, 1960.
- SCHIFF K. S. and PILOT M. L., An approach to psychiatric consultation in the general hospital. *AMA Arch. Gen. Psych.*, 1:349 1959.
- SCHNEIDER P. B. et SCHWED S., A propos de l'investigation psychiatrique à l'hôpital général. *Acta psychother.*, 12:161-167, 1964.
- SCHNEIDER P. B. et SCHWED S., A propos de l'importance de l'attitude médicale dans le passage à la chronicité en médecine psychosomatique. *Rap. au II^e Congrès Intern. de Méd. Psychosomatique*, Paris, 1963.
- SCHNEIDER P. B., Les aspects psychologiques des consultations psychiatriques à l'hôpital général. *Praxis*, 56:26, 913-920, 1967.
- SCHWARTZ L. A., Application of psychosomatic concepts by a liaison psychiatrist on a medical service. *J. Mich. Med. Soc.*, 57:1547, 1958.
- SCHWED S., Difficultés d'introduction de la conception psychosomatique dans la pratique médicale. *Praxis*, 53:36, 1187-1189, 1964.
- STEWART M. A. *et al.*, A study of psychiatric consultations in a general hospital. *J. Chron. Dis.*, 15:331, 1962.
- WEISMAN A. D. and HACKETT T. P., Organization and function of a psychiatric consultation service. *Int. Rec. Med.*, 173:306, 1960.
- ZINBERG E. N. Ed., Psychiatry and medical practice in a general hospital. *Internat. Univ. Press*, New York, 1964.
-

